

Liste des documents à fournir pour l'inscription de votre enfant :

- ✓ Fiche d'inscription ci-jointe
- ✓ Fiche sanitaire ci-jointe avec **Photo Obligatoire**
- ✓ Photocopie d'un justificatif de domicile
- ✓ Numéros allocataire CAF ou Photocopie de votre Avis d'imposition 2024 sur vos revenus 2023 pour l'année 2025.
- ✓ Photocopie des vaccins de votre enfant
- ✓ Photocopie du PAI de l'année si besoin
- ✓ Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les Activités extra-scolaires 2025/2026
- ✓ Autorisation de Prise en Charge pour le transport Scolaire pour les Élémentaires prenant le bus le soir. (Page 8)
- ✓ Acceptation du Règlement Intérieur

- ✓ **Pour les enfants déjà inscrits en 2024/2025 *** : La partie du document « A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION, complétée et signée. (Page 9), accompagnée d'une photo récente de votre enfant, l'acceptation du règlement intérieur (page 7) et la photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile et assurance couvrant les Activités extra-scolaires 2025/2026

**Un dossier complet vous sera demandé à la première inscription – à l'entrée en CP et en CMI*



FICHE DE RENSEIGNEMENT INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

(Cocher l'accueil de loisirs concerné)



☐ ALSH SENONCHES ☐ ALSH LA FERTE VIDAME

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Ecole fréquentée :

Classe :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

Nage-t-il : ☐ Oui ☐ Non

Brevet de natation : ☐ Oui ☐ Non

Médecin Traitant :

Certificat médical (en cours) : ☐ Oui ☐ Non

Demande de PAI : ☐ Oui ☐ Non (Repas spécifiques en cas d'allergies, enfant atteint de handicap etc...)

Mail :

Inscription (cocher le lieu et le choix)

☐ Senonches *

☐ La Ferté Vidame (Uniquement les Mercredis et Vacances)

☐ Forfait Périscolaire matin* ☐ Forfait Périscolaire soir* ☐ Périscolaire occasionnel*

Le choix du Forfait entraîne une facturation lissée et mensualisée de Septembre à Juin.

☐ Mercredis ☐ Vacances

(Un document de réservation sera à compléter pour chaque Vacances ainsi que pour les Mercredis)

PARENT 1 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE 1 (Rayer les mentions inutiles) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

Tel domicile : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

Tel Professionnel : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

Tel portable : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

N° de Sécu : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autres :

N° Allocataire :

Sous tutelle financière : ☐ Oui ☐ Non

PARENT 2 / TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE 2 (Rayer les mentions inutiles) :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville :

Tel domicile : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

Tel Professionnel : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

Tel portable : |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|. |_|_|

N° de Sécu : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Régime : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autres :

N° Allocataire :

Sous tutelle financière : ☐ Oui ☐ Non

Observation (Régime particuliers etc...) :

Je soussigné(e) déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus et atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.

Dans le cadre de la protection des données (Rgpd), les familles doivent désormais donner leur autorisation, afin de consulter et recueillir les informations suivantes : les ressources N-2, le quotient familial N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh :

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas

L'Association des PEP 28 à recueillir les informations citées ci-dessus afin de faire calculer mon quotient familial applicable dans le cadre de l'accueil périscolaire et/ou de loisirs et à en conserver une copie pour une durée de 5 ans minimum.

Fait à : Le |_|_| / |_|_| / |_|_|

SIGNATURE

**Autorisation individuelle d'être filmé(e),
Photographié(e) et/ou interviewé(e)**

Je soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant : _____

☐ Autorise l'Association des PEP 28 à faire des photographies et/ou des vidéos de l'enfant le représentant dans le cadre des activités gérées par l'accueil de loisirs et/ou périscolaire et à exploiter/diffuser ces prises de vues dans le but unique de promouvoir les activités.

En conséquence, j'autorise l'Association des PEP 28 à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public par le biais d'internet, par le biais des publications diverses en rapport avec les PEP 28 ou de la Fédération des PEP, des publications et site internet de la Ville et de la Communauté de Communes d'implantation de la structure ou durant des assemblées, les films et les photographies pris dans le cadre de ce projet et/ou les paroles prononcées par mon enfant dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interview pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s directement par l'organisation PEP 28 sous toute forme et tous supports connus notamment les outils électroniques (Site internet et autres)

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interview susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interview objets de ce projet dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation de la vidéo

☐ Refuse la participation de mon enfant aux reportages (photos, films, interview) réalisés par l'Association des PEP 28

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

(Signature) Signature précédée de la mention
manuscrite
« Lu et Approuvé »



Photo

Fiche Sanitaire

Senonches / La Ferté Vidame

Accueil de Loisirs 3-6 ans Maternel

Accueil de Loisirs 6-11 ans Elémentaire

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe () Masculin () Féminin

Date de Naissance : _____

Entrée le : ____/____/____

Maj le : ____/____/____

TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :

Nom : _____ Prénom: _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél portable : _____

N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

Ressortissant régime

() CAF N° CAF : _____

() MSA N° MSA: _____

() Autre

Sous tutelle financière : _____ Organisme de tutelle : _____

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél portable : _____

N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Email : _____

Tél. Professionnel : _____

Tél portable : _____

N° de Sécu : _____ Centre de Sécu : _____

Repas spécifique pour raison médicale ou sans viande : () Oui () Non

Précisez : _____

Autorisation intervention médical : () Oui () Non

Certificat médical présent avec ce document : () Oui () Non

Médecin traitant : _____

Demande de PAI (repas spécifiques en cas d'allergies, en situation de handicap...) : () oui () non

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives...etc

Je soussigné.e _____ titulaire de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à _____

Signature,

Le _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2009 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

Signature obligatoire d'un titulaire de l'autorité parentale précédé de la mention « Lu et approuvé »



ASS. DEP. DES P.E.P D'EURE ET LOIR
3 rue Charles Brune
28110 Lucé
Tel : 02.37.88.14.14

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le responsable légal (ou tuteur) reconnaît avoir pris connaissance du règlement et l'accepter.

Le présent règlement est établi pour l'année scolaire et peut être révisable à tout moment.

Je soussigné(e) :

Responsable légal (ou tuteur) de(s) enfant(s) : (nom-prénom de l'enfant)

.....
.....
.....
.....
.....

reconnais avoir reçu un exemplaire du règlement et l'accepter sans réserve.

Fait à

Le

Signature du responsable légal
ou tuteur



ASSOCIATION DES PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC D'EURE ET LOIR
3 rue Charles Brune 28110 LUCE - Tél : 02 37 88 14 14

Mail : standard@pep28.asso.fr

Ouverture du lundi au jeudi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 et le vendredi de 13h30 à 17h30

Association d'Intérêt Général- Agrément « Entreprise solidaire d'utilité sociale » - Agrément engagement de service Civique-Agrément Association de Jeunesse et d'éducation Populaire-Agrément Travail d'Intérêt général

www.lesPEP28.org/

**AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DU CP
AU CM2 INSCRITS A L'ECOLE COUSTEAU
AU TRANSPORT SCOLAIRE ANNEE 2024-2025
PAR L'EQUIPE D'ANIMATION DE L'ASSOCIATION DES PEP 28**

Je soussigné(e) (NOM Prénom) : _____

Adresse : _____

N° de tél. (pour vous joindre en cas d'urgence) : _____

Atteste :

- Être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant (NOM Prénom) : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Classe : _____

L'avoir inscrit au **service du bus** de l'école et avoir pris connaissance qu'il sera pris en charge par l'équipe d'animation de l'Association des PEP 28 de 16h30 à 16h45 avant la montée dans le bus

- M'engager à respecter et faire respecter par mon enfant le règlement intérieur de l'école et du service de bus, ainsi que les règles de bonne conduite en collectivité (respect des adultes et des autres enfants, respect du matériel notamment)
- M'engager à fournir avec cette attestation, pour des raisons de sécurité de mon enfant, la fiche de renseignements et sanitaire valable pour l'Accueil de Loisirs et Périscolaire (sauf si récemment fournie à l'Association des PEP 28 pour l'année scolaire à venir)

J'ai pris note que cette autorisation n'est valable qu'accompagnée de la fiche de renseignements inscription et sanitaire dûment complétée, disponible sur le site internet de l'Association : <http://www.lespep28.org/>

SIGNATURE OBLIGATOIRE D'UN TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE » :

Fait à _____ le _____

Signature :

A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION :

Je soussigné(e) déclare
exacts, les renseignements notifiés sur le dossier d'inscription de l'an passé (2024/2025)
et sur la Fiche Sanitaire de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur actualisé et l'accepter. Demande
le renouvellement pour l'année scolaire 2025/2026 pour mon enfant :

Nom.....Prénom.....
(Une fiche par enfant)

Classe de l'enfant en Septembre 2025 :

☐ Senonches *

☐ La Ferté Vidame (Uniquement les Mercredis et
Vacances)

☐ Forfait Périscolaire matin* ☐ Forfait Périscolaire soir* ☐ Périscolaire occasionnel*
Le choix du Forfait entraîne une facturation lissée et mensualisée de Septembre à Juin.

☐ Bus (Pour Elémentaire)

☐ Mercredis ☐ Vacances

***(Un document de réservation sera à compléter pour chaque Vacances ainsi que pour
les Mercredis)***

Fait à :,

Le : .../.../....

Signature(s) titulaire(s) de l'autorité parentale